45e Année. — N° 5. Vendredi 4 Février 1898.

LA FRANCE MÉDICALE

ET

PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE

Syphiligraphie : De la transmission de la syphilis à la troisième génération, par le Dr F. Buret, 65. — **Clinique chirurgicale** : 1° Laryngotomie pour rétrécissement sous-glottique, 68; — 2° Empyème maxillaire droit opéré par la voie canine, par le Dr Castex, 69. — **Bibliographie** : Guide pratique pour l'analyse des urines, par G. Mercier, 68. — **Revue de la presse** : Sur un cas d'iodisme grave et sa pathogénie, 70. — **Académie des sciences** : *Séance du 24 janvier* 1898. Présidence de M. Wolf. — Mécanisme histologique de la cicatrisation; de la réunion immédiate vraie, 70. — L'ampliation de l'oreillette droite du cœur pendant l'inspiration, démontrée par la radioscopie, 71. — **Académie de médecine** : *Séance du 1er février* 1898. Présidence de M. Jaccoud. — Ventouses scarifiées et vésicatoires, 72. — Mort de Péan, 72. — Etiologie de la cirrhose du foie dans l'Yonne, 72. — Réparation des plaies de l'uretère et de la vessie, 72. — Des greffes d'os vivants, 73. — Traitement des scolioses par l'immobilisation en bonne position, 73. — **Société médicale des hôpitaux** : *Séance du 28 janvier* 1897. Présidence de M. Sevestre. — Perméabilité rénale dans le diabète, 73. — Phlébite de la jambe consécutive à une angine à streptocoques, 73. — Bactériologie du rhumatisme articulaire aigu, 73. — Lésions histologiques fines de la cellule nerveuse dans le tétanos et l'immunité anti-tétanique, 73. — **Société médicale des Bureaux de bienfaisance** : *Seance du 4 avril* 1898. Présidence de M. W. Séailles. — Traitement de la procidence de l'utérus, 73. — **Société médicale du VIe arrondissement** : *Séance du 27 octobre* 1897. Présidence de M. Dromain. — Atrophie papillaire double ayant résisté au traitement par les frictions mercurielles et l'iodure de potassium; amélioration par les injections de calomel, 76. — **Société de chirurgie** : *Séance du 2 février* 1898. Présidence de M. P. Berger. — Traitement des abcès du foie, 78. — Tératome du testicule gauche. Ablation de la tumeur avec conservation du testicule. Guérison, 78. — Suture osseuse par luxation de l'extrémité externe de la clavicule, 78. — Ostéoarthrite tuberculeuse du poignet chez un enfant. Conservation. Traitement par les rayons X et la compression. Guérison, 78. — Pylorectomie pour cancer de l'estomac. Guérison, 78. — Elections, 78. — **Intérêts professionnels** : Exercice illégal de la médecine par une sage-femme, 78. — **Nouvelles**, 79.

SYPHILIGRAPHIE

De la transmission de la syphilis á la troisième génération.

Ce qu'il faut penser de cette hypothèse.

Par le Dr F. Buret (1).

M. le Dr George Ogilvie, de Londres, membre correspondant étranger de la Société de médecine de Paris, nous a fait hommage d'un travail sur la transmission de la syphilis à la troisième génération. Comme vous m'avez fait l'honneur de me confier l'analyse de cette publication, je me propose de vous résumer d'abord les faits principaux que rapporte l'auteur, tout en vous exposant son argumentation. Nous verrons ensuite si, avec les données actuelles de la science, nous devons accepter ou repousser les conclusions de notre confrère londonien. En effet, sans préjuger de ces conclusions et en écartant toute idée préconçue, il est permis de se demander, même avec une maladie à surprises comme la syphilis, si le virus d'un ancêtre peut réellement se manifester à une aussi longue échéance et atteindre, par voie d'hérédité, un enfant dont le générateur direct aura été, lui, épargné.

Le Dr Ogilvie commence par nous dire que von Düring, de Constantinople, envoyé en mission l'année dernière dans l'intérieur de l'Asie-Mineure, a pu observer six cas de cette nature dans lesquels la syphilis héréditaire n'aurait reparu que soixante ou soixante-dix ans après son introduction dans la famille des malades, de telle sorte qu'elle se serait manifestée à la *troisième* ou à la *quatrième* génération. Dans un rapport émanant du comité du Collège royal des médecins, au sujet de l'accroissement de la maladie vénérienne dans l'Inde, on trouve deux cas où l'influence néfaste de la syphilis s'est fait sentir après la seconde génération. A la Société royale de médecine et de chirurgie, on lut, il y a deux ans, un travail sur *La syphilis latente*. Or, les conclusions furent « qu'il y avait des cas indéniables où la syphilis pouvait se transmettre à la seconde génération, probablement même à la troisième. » Le Dr Ogilvie fait remarquer que, à la façon dont il calcule les générations, c'est *troisième* ou *quatrième* qu'il faut lire. Notez que, pour le moment, je me borne à traduire rigoureusement le texte anglais. Toutefois, Hutchinson ne partage pas cette manière de voir : « S'il n'existe, dit-il, et c'est mon opinion, aucune preuve ni raison sérieuse qui autorise à penser que la syphilis puisse se transmettre à la troisième génération, que dirons-nous d'une transmission possible à des descendants encore plus éloignés? Pour mon compte personnel, je me refuse à y croire. »

Notre confrère Ogilvie émet l'avis, et avec juste raison, que seul un examen rigoureux des preuves cliniques peut trancher cette importante question; il ajoute que, sans s'occuper de toutes les théories et argumentations concernant la possibilité de la transmission de la syphilis à la troisième génération, il se bornera à l'examen des observations produites à l'appui

(1) Étude sur un travail du Dr George Ogilvie (de Londres). — Communication à la Société de médecine de Paris, séance du 22 janvier 1898.

de cette thèse. Nous ne pouvons qu'approuver une conduite aussi prudente.

La première observation publiée sur ce sujet remonterait à 1865 ; d'autres parurent depuis, plus ou moins complètes, mais que M. Ogilvie ne trouve pas satisfaisantes. Il en possède actuellement deux, inédites, dues à l'obligeance de M. Galezowski, et que le savant ophthalmologiste considère comme des preuves concluantes de la transmission à la troisième génération.

Tout d'abord, il est nécessaire de s'entendre. Est il indispensable, comme M. Fournier le soutient, que la syphilis puisse être démontrée dans trois générations consécutives? Peut-on faire le diagnostic de syphilis héréditaire uniquement d'après les symptômes présentés par le malade pris individuellement? Si cette seconde question est résolue par l'affirmative, il faudra répondre « non » à la première ; et un cas de syphilis héréditaire à la troisième génération sera démonstratif pour le sujet qui nous occupe si, en même temps, il est prouvé que les ascendants de la seconde génération n'ont pas eu de syphilis acquise. Or, il est démontré aujourd'hui que l'examen du sujet, soit dans l'enfance, soit à l'âge adulte, suffit pour diagnostiquer une syphilis héréditaire. Peut-être n'y a-t-il pas de signe absolument pathognomonique, ne se rencontrant que dans la syphilis, mais, en général, l'ensemble clinique suffit pour établir le diagnostic. Aussi notre confrère considère-t-il la syphilis d'un grand-parent comme un commémoratif venant confirmer ce diagnostic, plutôt que comme une preuve ayant une valeur intrinsèque.

Les difficultés commencent lorsqu'il s'agit de démontrer qu'il n'y a pas eu de syphilis acquise à la seconde génération : disons une fois pour toutes que cette preuve est matériellement impossible. Il n'est guère facile non plus, continue notre confrère, de décider si la syphilis, prise après la conception, peut être transmise au fœtus, car il est toujours permis de se demander si le père putatif, indemne de toute manifestation spécifique, n'a pas été « plus époux que géniteur ». Une enquête de ce genre est trop délicate et l'on ne saura jamais la vérité. Pour faire disparaître le doute, nous n'avons pas d'autre moyen à notre disposition que de rassembler le plus grand nombre possible d'observations identiques, en réduisant ainsi les causes d'erreur au minimum.

Il est un autre point sur lequel il faudrait également s'entendre : comment devons-nous comprendre la syphilis héréditaire? Cette syphilis des parents peut, outre les lésions immédiates présentées par le nouveau-né, créer plus tard certains états pathologiques, tels que la débilité générale, le développement imparfait, une sorte d'abâtardissement, une résistance moindre aux autres maladies, etc., toutes choses qui ont frappé depuis longtemps les observateurs. La « parasyphilis », en tant que condition héréditaire, n'est qu'un nom nouveau accolé à une chose très ancienne, mise en doute à l'occasion, niée par quelques-uns, mais, en fin de compte, connue depuis longtemps. Toutefois, on a récemment, sous le terme vague de parasyphilis, ajouté à la symptomatologie de la vérole toutes sortes d'affections dont l'origine spécifique est souvent plus que douteuse. On ne paraît pas être absolument d'accord sur le rôle que jouerait la syphilis héréditaire dans la genèse de malformations telles que le pied-bot, le bec-de-lièvre, les amputations congénitales, etc. Ceux qui se prononcent en faveur de cette hypothèse se basent plutôt sur une impression résultant de leur expérience personnelle que sur des cas bien démontrés et en nombre suffisant pour établir un fait clinique. Ils se trouvent aussi en contradiction avec un grand nombre d'observateurs très dignes de foi. Dans aucun cas, on ne pourra établir le diagnostic de syphilis héréditaire d'après ces lésions seules, et, lors même qu'elles accompagneraient des symptômes indéniables d'hérédo-syphilis, rien ne prouverait qu'elles eussent une origine commune.

Il a été commis un certain nombre d'erreurs : c'est ainsi que certains auteurs ont cité, comme preuves de transmission à la 3e génération, des cas qui prouvent et avaient été publiés pour prouver justement le contraire. M. King, notamment, cite, comme probante, une observation du Dr Keyes, dans laquelle une fille avait hérité de la syphilis de sa mère, mais son enfant à elle est superbe et ne présente aucun symptôme suspect. « Pour ce qui est de l'hérédité à la 3e génération, fait observer Keyes, je ne crois pas, pour ma part, que cela puisse jamais se produire. » La même erreur a été commise par Heubner citant Hewetson. Cette fois encore l'enfant (3e génération) était sain et vigoureux. Tout cela ne prouve qu'une chose : c'est qu'une mère hérédo-syphilitique peut engendrer un enfant EN PARFAITE SANTÉ. Mais on manque là de renseignements complémentaires, le temps d'observation ayant été trop court pour qu'on puisse exclure toute manifestation ultérieure possible de la maladie.

Le cas de M. Hutchinson, le plus connu et le plus souvent cité, a fini par être abandonné de l'auteur lui-même, bien qu'il l'ait considéré au début (1865) comme plaidant puissamment en faveur de la transmission à la 3e génération. Il y a deux versions principales relativement à ce cas. Toutes deux s'accordent à reconnaître que le père ne présentait aucun symptôme de syphilis récente ou ancienne ; mais, tandis que d'après la première version, il se serait défendu d'avoir jamais eu la syphilis, d'après la seconde, il aurait déclaré l'avoir eue un an ou deux avant son mariage. Si la seconde version est exacte, il est évident que la syphilis est venue du père. Remarquons que ces deux versions sont relatées dans le même livre (*Manuel de la syphilis*), l'une à la page 90, l'autre à la page 397 ; ceci semblerait démontrer l'influence que peut avoir le temps d'observation en matière de syphilis.

Dans un cas rapporté par Lasckewitz, un enfant de 13 ans (3e génération) avait eu une paralysie des extrémités due à la carie des os du crâne : il guérit en deux mois avec le traitement spécifique. La mère est saine,

le père ne présente aucun signe de syphilis héréditaire ou acquise et prétend n'avoir jamais contracté la syphilis. Toutefois, un an après la guérison de son fils, il vient se faire soigner pour une rétinite double qui cède rapidement sous l'influence du mercure.

Il deviendrait fastidieux d'énumérer toutes les observations que le Dr Ogilvie rapporte et dont le caractère, au moins douteux, est évident pour tout le monde. Disons seulement que notre confrère en cite encore un certain nombre auxquelles nous ferons le même reproche que lui : aucune ne lève tous les doutes. Dans l'une, tout renseignement manque sur les grands-parents et le père a eu des éruptions suspectes; dans l'autre, le grand-père maternel est mort de syphilis tertiaire, mais on ne nous parle pas du père de l'enfant. Dans une autre encore, l'enfant (3e génération) a présenté, vers l'âge de 10 ans, des glandes cervicales qui ont cédé à un traitement ioduré; depuis, il s'est très bien porté et a 19 ans actuellement. Comme élément de diagnostic, c'est un peu maigre, et nous serions bien plus disposé, pour notre part, à y voir de la strume que de la syphilis héréditaire.

Les autres observations ne sont guère plus probantes, si ce n'est, toutefois, le cas rapporté par Hochsinger, et que le Dr Ogilvie considère comme suggestif. Deux malades, la mère et l'enfant, ont été soignés successivement dans le même hôpital pour la syphilis congénitale. La mère, après avoir eu, à 3 mois, tous les accidents classiques et de la périostite gommeuse des deux tibias à l'âge de 11 ans, est bien portante depuis cette époque. Syphilis héréditaire chez les frères et sœurs. Son enfant, âgé de sept semaines, a des syphilides ulcéreuses des lèvres et des plaques anales. Elle prétend que son mari est très sain. Hochsinger fait remarquer avec juste raison que ce renseignement est sans valeur. En effet, des manifestations aussi virulentes chez l'enfant, arrivant à l'époque classique, permettent de supposer, chez le père, une syphilis acquise relativement récente ; il n'est guère admissible que la mère, après avoir passé par la phase tertiaire et être restée 10 ou 11 ans indemne, ait pu transmettre un virus assez actif pour produire chez son enfant des accidents secondaires en pleine efflorescence.

Dans toutes ces observations, comme le fait remarquer lui-même M. George Ogilvie, ou bien les renseignements sur le père manquent totalement, ou bien les symptômes présentés par l'enfant sont assez vagues pour autoriser le doute relativement au diagnostic de syphilis héréditaire. Pour tout dire, en un mot, aucune n'est concluante.

Notre confrère en rapporte d'autres qui, à première vue, offrent plus de valeur. D'abord il s'agit de deux jumeaux qui ont, quelques semaines après la naissance, des symptômes évidents de syphilis héréditaire. Et, parce que le père et la mère ne présentent pas d'accidents à ce moment-là, ce qui est possible, et affirment n'avoir jamais rien eu, ce qui n'est pas démontré, quant au père tout au moins, l'auteur, le Dr King, part de là pour attribuer la source de la vérole aux grands parents, qu'il n'a jamais vus et sur lesquels il n'a aucun renseignement. Evidemment la mère était indemne jusqu'après l'accouchement, puisqu'elle contracta des chancres indurés des mamelons en allaitant ses enfants, ce qui, soit dit en passant, est tout au moins une exception à la loi de Colles. On sait que, d'après les termes de cette loi, la mère qui a échappé à la syphilis au moment du coït et pendant sa grossesse, tout en mettant au monde un hérédo-syphilitique, n'est pas vaccinée pour cela. « Elle a seulement l'inaptitude à contracter la syphilis par le contact des lésions de son enfant, tout en pouvant la contracter d'autres personnes. » Diday admet que cette mère a pu donner le sein à un autre enfant, ce qui est possible ; de même elle a pu, ajoutons-nous, tenir sa maternité d'un autre facteur que son époux s'il était démontré, par une contagion ultérieure, par exemple, que celui-ci fût indemne de syphilis. Jamais il ne pourra entrer dans mon esprit que la syphilis d'un grand-père — latente tout au moins puisque sa progéniture directe est indemne — puisse passer par-dessus la tête de ses propres enfants pour aller atteindre un petit-fils 20, 25 ou 30 ans plus tard, et être encore, après tout ce temps et ces intermédiaires, assez virulente pour donner à un tiers des chancres indurés. C'est un peu asssi l'avis du Dr Ogilvie, mais n'anticipons pas sur ses conclusions.

Puis, c'est l'observation de Collin, communiquée à la Société de Médecine de Lyon en 1868. Un enfant de 6 ans a une bronchite suspecte et du coryza chronique. On apprend qu'il a présenté à l'âge de 8 ou 9 mois une éruption quelconque. Collin, soupçonnant la syphilis, prescrit les bains sulfureux qui provoquent l'éclosion d'une roséole et de plaques muqueuses buccales et anales. On ne trouve pas trace d'accidents chez les parents, mais on apprend que le grand-père maternel est mort syphilitique. Nous conclurons ici avec Diday, Rambaud, Rollet et Rodet, que la syphilis acquise était infiniment plus probable que la syphilis héréditaire.

Mais il est temps que je m'arrête, car toutes les autres observations sont identiques. Aussi j'arrive bien vite aux conclusions : elles sont courtes et catégoriques. « La transmission de la syphilis à travers une génération bien portante est une pure chimère », dit le Dr George Ogilvie, se rangeant ainsi à l'opinion de Rollet qui a déclaré à ce propos : « On ne tient pas la vérole de son grand-père. » M. Ogilvie ajoute que, sans nier l'influence « dystrophique » que la syphilis peut exercer d'une façon ou d'une autre sur la 3e génération, il considère les preuves de transmission apportées jusqu'à présent comme des conjectures plus ou moins vagues et incapables d'être démontrées par la clinique.

C'est absolument notre avis. Que des parents hérédo-syphilitiques puissent transmettre à leurs enfants une constitution débile, que ces petits êtres soient malingres, chétifs, mal conformés, et offrent moins de résis-

tance à certaines affections chroniques, soit. Qu'ils puissent être atteints de rétinites, de choroïdites, de kératites, de caries ou de nécroses osseuses, c'est possible; et, là encore, leur faiblesse congénitale sera la vraie cause, la syphilis des ascendants n'ayant fait que préparer le terrain.

Mais de *vraies* plaques muqueuses buccales et anales, virulentes, contagieuses, survenant chez des enfants vigoureux, dont le père et la mère sont eux-mêmes sains et robustes, tout cela parce qu'un grand-père aura eu autrefois la syphilis, non! cent fois non! Il y a eu contact récent de matières virulentes, ou bien les géniteurs directs étaient en puissance de vérole acquise : nous ne pouvons sortir de là.

Le Dr George Ogilvie est amené ensuite, par son sujet, à parler de l'ouvrage de M. Fournier intitulé : *L'hérédité syphilitique*. Il en fait la critique et relève plusieurs points où il prend l'auteur en flagrant délit de contradiction avec lui-même. Il serait un peu long et sans profit de reproduire toute cette discussion. A propos de la réinfection syphilitique, il traite de paradoxe cette phrase de M. Fournier : « Malheureusement la syphilis ne se double pas », et considère la réinfection comme absolument démontrée. Tout en ayant de grandes tendances à partager l'avis de notre confrère — car son opinion consolante serait une preuve de la curabilité de la syphilis — nous croyons, pour notre part, que la réinfection, avant d'être définitivement admise, a encore besoin d'un certain nombre de faits cliniques indiscutables. Quoi qu'il en soit, l'idée d'une deuxième infection, ou, si l'on veut, de la guérison définitive de la vérole, choque moins l'esprit que celle du virus se réveillant au bout d'un demi-siècle dans la descendance d'un individu.

Eh bien, cette idée de syphilis héréditaire à longue portée n'est pas neuve, comme on serait tenté de le croire; tant il est vrai qu'il n'y a rien de nouveau sous le soleil. Jean Alménar, qui écrivit en 1512, avait à soigner un nombre respectable de clercs et de moines, et se trouva souvent embarrassé pour donner une explication plausible en présence de syphilides secondaires nettement contagieuses. Il eût été plus qu'imprudent, à cette époque d'auto-da-fé, de paraître même en deviner la source véritable; la justice religieuse du XVIe siècle était expéditive, et les pauvres praticiens, traduits devant le tribunal de la Sainte-Inquisition, n'auraient pas tardé à sentir le fagot, et sans le bénéfice de la loi Bérenger. Alménar eut une idée géniale : il admit, pour ses malades adultes, l'hérédité à longue échéance, les ancêtres des malades n'était plus là pour réclamer. Aussi l'auteur précité dit-il dans ses écrits, très sérieusement et en latin médiocre, qu'on doit dévotement admettre cette origine (*pie credendum est*) lorsqu'il s'agit des moines et des religieuses. Eh bien, c'est encore là une preuve de l'ancienneté de la vérole. Car il ne faut pas oublier que l'Amérique n'était connue que depuis dix-neuf ans : si la syphilis n'avait pas régné en Europe avant cette époque — et de notoriété publique — l'explication d'Alménar aurait été bonne tout au plus pour les novices contaminés. Mais nous savons, par le témoignage de tous les auteurs du temps, que la vérole fut considérée comme ancienne jusqu'en 1525, époque à laquelle apparut l'ouvrage d'Oviedo sur les Antilles, histoire que Las Casas, témoin oculaire, déclare archifausse et exécrable (*falsissima y execrable historia*).

Jacques de Béthencourt, en 1526, a reproduit l'opinion d'Alménar sur la syphilis héréditaire. J'ignore si François Ier fut mis en cause lorsque Charles IX et Henri III contractèrent la vérole (Cf. Treuille et Astruc), mais ils pouvaient très bien en faire remonter la source à leur grand-père en s'appuyant sur des auteurs classiques.

Telles sont, Messieurs, les quelques réflexions que me suggère la savante communication de notre confrère anglais. Son étude sur la transmission de la syphilis à la troisième génération est un travail très nourri, très documenté, et, si ses conclusions ou ses opinions ne sont pas admises par tout le monde, on ne peut contester la bonne foi de l'auteur, son érudition et la valeur de ses arguments.

CLINIQUE CHIRURGICALE

—

1° Laryngotomie pour rétrécissement sous-glottique (1),

Par le Dr Castex.

M. Castex présente une opérée, intéressante surtout par les particularités de l'intervention chirurgicale. Il s'agit d'une jeune femme qui fut prise, il y a deux ans, de dyspnée laryngée brusque, pour laquelle la trachéotomie fut pratiquée d'urgence dans un hôpital de Paris. A la suite, il devint impossible de retirer la canule. Chaque fois qu'on l'essayait, la malade était prise d'étouffements.

En cherchant, par la laryngoscopie, quel pouvait être l'obstacle au décanulement, Castex aperçut *au-dessous* de la glotte, à peu près au niveau de l'extrémité supérieure de la trachée, un diaphragme assez épais percé à son centre d'un orifice ovalaire qui pouvait avoir 3 millimètres dans son plus grand axe. Il ne fut pas possible d'assigner à ce rétrécissement une origine certaine (rétrécissement post-opératoire? ou syphilitique?). La malade prit confiance en voyant qu'on avait découvert l'obstacle et elle accepta l'opération que voici :

Chloroformisation, mise en place de la canule de

(1) Communication à la Société de médecine de Paris, séance du 22 janvier 1898.

Trendelenburg. La tête de la malade est renversée complètement au bout de la table d'opération (position de Rose), afin que le sang ne coule pas dans la trachée si la canule de Trendelenburg était insuffisante et pour que le jour éclaire mieux l'intérieur du larynx. Longue incision verticale et médiane des parties molles, commençant à l'os hyoïde et s'arrêtant à 1 centimètre au-dessus de l'orifice pratiqué pour la première trachéotomie. Une fois le cartilage thyroïde bien mis à nu, une des deux branches de ciseaux longs et forts est introduite à travers la membrane crico-thyroïdienne, entre les cordes vocales afin d'inciser l'angle dièdre antérieur du cartilage thyroïde. La cavité laryngienne étant grandement ouverte, on a bien sous les yeux le rétrécissement sous-glottique. Un étroit bistouri boutonné est introduit dans son petit orifice et débride en tous sens comme s'il s'agissait d'un sac herniaire. Il est alors possible de voir complètement la canule de Trendelenburg dans la trachée et l'index gauche introduit au niveau du rétrécissement constate que le canal laryngo-trachéal a recouvré son calibre naturel.

Mais il était à craindre que les débris de cette stricture se rejoignissent ultérieurement par le travail de cicatrisation et qu'une nouvelle sténose se produisit plus résistante encore que la première. Pour prévenir cet inconvénient, M. Castex, laissant se fermer l'orifice cutanéo-cartilagineux de l'ancienne trachéotomie, place au niveau de l'espace crico-thyroïdien une grosse canule dont le tube traverse les lambeaux du rétrécissement débridé, l'empêchant de se reproduire et calibrant largement la lumière de la région sous-glottique.

L'opération achevée, la canule n'est plus, comme avant, *au-dessous* du rétrécissement, mais *au-dessus*, l'empêchant de se reproduire. La cavité laryngienne est bourrée d'une mèche de gaze iodoformée dont une extrémité sort par l'espace crico-thyroïdien, à côté de la canule, pour pouvoir être retirée. Pansement occlusif à la gaze iodoformée. Aucune complication dans les suites. Le thermomètre n'a pas dépassé la normale et le 3e jour après l'opération la malade pouvait se lever pour passer quelques heures assise dans un fauteuil.

Pendant les premiers quinze jours qui ont suivi, la voix était compromise et ressemblait à celle des ventriloques, mais elle est revenue complètement depuis, bien qu'un peu plus grave qu'avant dans sa tonalité.

Cette observation établit qu'il est possible d'agir sur les rétrécissements sous-glottiques en passant à travers le larynx par thyrotomie verticale et qu'un bon moyen de prévenir la reproduction de la sténose consiste à mettre pour quelque temps la canule *entre* les débris du rétrécissement incisé. La malade, qui ne pouvait pas avant se passer de canule, peut la retirer maintenant et respirer largement par l'intérieur de son larynx et de sa trachée, tout en fermant l'orifice chirurgical. C'est ce qu'elle a fait devant les membres de la Société.

2° Empyème maxillaire droit opéré par la voie canine.

M. Castex présente un deuxième malade qui, au commencement de décembre 1897, avait une tuméfaction considérable de la joue et des deux paupières droites, causée par une sinusite maxillaire d'origine grippale. Toute transparence avait disparu à l'éclairage électrique. Comme toutes les dents étaient saines et parce que l'infection très intense exigeait une désinfection large, M. Castex choisit la voie canine, suivant la technique spéciale préconisée par Luc : incision du sillon gingivo-labial, rugination de la face antérieure du maxillaire, en évitant bien de toucher au nerf sous-orbitaire, ouverture de la fosse canine à la gouge et au maillet. Un pus abondant et infect sort du sinus. Des irrigations phéniquées y sont pratiquées. Une perforation est faite à travers la narine droite avec un trocart courbe dans la partie antéro-inférieure de la paroi interne du sinus et, dans cette perforation, M. Castex place un drain à cupule retenu naturellement dans l'antre d'Hygmore par cette cupule élargie. La muqueuse du sillon gingivo-labial est suturée et le drainage reste assuré par le drain à cupule qui débouche par la narine droite où une épingle anglaise le maintient. Un gonflement assez inquiétant de toute la moitié correspondante de la face survient le lendemain, mais sans élévation de la température. Les irrigations par le drain en eurent raison. Celles-ci doivent être faites sans force pour éviter la distention de la joue.

Ce procédé, outre qu'il assure un orifice plus large pour examiner la cavité hygmorienne, a cet avantage de prévenir l'introduction de la salive.

L'opéré est actuellement en très bonne voie de guérison.

BIBLIOGRAPHIE

Guide pratique pour l'analyse des urines, par G. Mercier, Pharmacien, etc. Paris, J. B. Baillière, 1898, 2e édition.

Les manuels qui traitent de l'urologie et de l'examen des urines sont fort nombreux, ce qui s'explique par l'importance de l'examen des urines dans la pratique, importance qui ne fait que s'accroître chaque jour. Cependant on peut bien dire que les manuels diffèrent plutôt par la forme que par le fond. Dans la pratique journalière le temps du médecin est précieux, il ne peut passer des heures à faire des analyses; ce qu'il lui faut ce sont des méthodes simples, concises, qui lui donnent rapidement les résultats capables de l'éclairer. C'est là la qualité qu'a recherché M. Mercier dans son guide pratique pour l'analyse des urines, et si l'on en juge par cette seconde édition, il est permis de penser que l'auteur a touché juste et a rempli avec succès le programme qu'il s'était imposé.

L'ouvrage est divisé en cinq chapitres.

Le premier traite des caractères généraux de l'urine; le second des éléments normaux, extrait sec, cendres, matières organiques, urée, acide urique, phosphates, etc. Les éléments pathologiques sont étudiés dans le troisième chapitre; ils comprennent le sucre, l'albumine, la bile, le pus, le sang, les matières grasses, l'urobiline, l'indican, l'acétone. L'auteur décrit l'action de l'acide azotique sur l'urine et la diazo-réaction. Un quatrième chapitre est consacré à l'examen microscopique des éléments de l'urine. Enfin dans une dernière partie, M. Mercier expose les moyens de reconnaître les médicaments qui passent dans l'urine et les éléments accidentels qui s'y trouvent.

Cette nouvelle édition a été améliorée par des additions très utiles : le dosage de l'acide urique à l'état d'urate d'argent, la description d'un uréomètre de M. Vieillard et d'un autre de l'auteur; la recherche de la propeptone, de la bile par la réaction de Jolles, le dosage de l'azote total et un aperçu sur les principaux rapports d'échange.

M. Mercier a tenu à présenter les procédés de recherche ou de dosage faciles à employer tout en donnant des résultats très exacts. Nul doute que ce guide, conçu et exécuté à un point de vue tout à fait pratique, ne soit aussi bien accueilli que l'édition précédente.

L. J.

REVUE DE LA PRESSE

Sur un cas d'iodisme grave et sa pathogénie, par M. Billard, de Toulouse. — J. P...., âgé de 56 ans, fabricant de vitraux, entre, le 2 juillet, à la clinique du Dr Audry. Cet homme n'a jamais souffert que des troubles causés par le saturnisme inhérent à son métier, c'est-à-dire de coliques très violentes survenues à deux ou trois reprises. Ses artères sont dures, flexueuses; aussi est-il soumis depuis longtemps au traitement ioduré. Ce traitement a provoqué chez lui, quelquefois, de légères éruptions acnéiformes. Il y a cinq jours, ayant pris une solution iodurée chez un nouveau pharmacien, il fut atteint rapidement, après l'ingestion, d'une éruption iodique grave.

Le malade entre à l'hôpital le qnatrième jour après l'éruption.

Au début, violent mal de tête au niveau de la région occipitale. Diurne et nocturne, cette céphalée a persisté pendant deux jours. Puis ont apparu des boutons acnéiformes très prurigineux, qui sont rapidement devenus pustuleux; le centre s'est ombiliqué, desséché; ces boutons ont continué à s'étaler en surface par les bords surélevés et toujours pustuleux.

Les lésions sont localisées presque exclusivement à la face. Sur le front existent des ulcérations larges, à bords formés par une série de larges dentelures arrondies, à fond saignant, mais assez superficiel. Ces ulcérations se sont formées soit aux dépens d'une seule pustule dont les bords se sont étalés, soit par la fusion de plusieurs pustules voisines, comme aux joues où elles dépassent les dimensions d'une pièce de 5 francs.

Le nez est presque entièrement exulcéré, de même que la paupière supérieure gauche et une large partie des oreilles, surtout à droite. Les narines sont presque obstruées par des croûtes qui recouvrent des ulcérations très douloureuses. Il existe une autre ulcération, grande comme un pièce de un franc, occupant toute la moitié gauche de la lèvre inférieure et à cheval sur la muqueuse et la peau. Dans la barbe et au cuir chevelu, on trouve des croûtes impétigineuses au niveau de chaque ulcération.

Aux coudes, au poignet droit et au genou gauche on trouve une série de quatre à cinq pustules, larges comme une grosse lentille à centre ombiliqué, ayant tendance à la guérison. L'état général du malade est peu brillant. Celui-ci se plaint de tousser et de cracher beaucoup; on constate l'existence d'une caverne au sommet du poumon droit avec des signes de ramollissement au sommet gauche.

Le traitement consiste dans un enveloppement de la tête avec de la gaze trempée dans l'eau boriquée. Sous l'influence du pansement les croûtes tombent, les ulcérations se cicatrisent. Le 20 juillet le malade est très près de la guérison.

Cette observation est intéressante, non seulement par l'intensité des lésions produites par l'intoxication, mais aussi par les conditions dans lesquelles elle s'est produite. Le malade, habitué depuis longtemps à prendre de l'iodure de potassium, l'avait toléré jusqu'au jour où il avait changé de pharmacien; nous fîmes analyser la solution incriminée et l'on trouva en effet qu'elle renfermait 0,27 d'iodate pour 100cc. de sel. (*J. des maladies cutanées et syphilitiques*, sept. 1897.) Dr Barbe.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 24 janvier 1898. — *Présidence de* M. Wolf.

Mécanisme histologique de la cicatrisation; de la réunion immédiate vraie. — M. L. Ranvier. La réunion immédiate ordinaire, celle qui se produit par l'intermédiaire des fibres synaptiques, n'est pas la plus simple. Il faut distinguer une réunion immédiate synaptique et une réunion immédiate vraie. Cela ressort des expériences que je vais exposer aujourd'hui.

On pratique sur la cornée d'un lapin vivant, au moyen d'un couteau à cataracte, une série d'incisions parallèles, les unes superficielles, les autres profondes. Ces incisions doivent être voisines les unes des autres. Il convient qu'aucune ne soit pénétrante. La cornée reste transparente. Presque toutes les plaies consécutives aux incisions se remplissent de cellules épithéliales provenant du glissement et de l'éboulement de l'épithélium circonvoisin. Les cellules épithéliales qui s'avancent en masse sur chacune des lèvres de la plaie arrivent au contact et se soudent. Au bout de vingt quatre heures, quelle que soit la profondeur de la

plaie, celle-ci possède un revêtement épithélial continu, dans lequel il est impossible de distinguer les lieux de la soudure. Toutes les cellules sont séparées et unies par le même ciment, le ciment intercellulaire physiologique, qui, comme je l'ai dit dans une communication récente, se colore en bleu verdâtre par la thionine.

Ce phénomène de soudure épithéliale paraît correspondre à la réunion immédiate la plus simple qui se puisse voir. Il n'y est pas employé d'autres matériaux que ceux du tissu lui-même. On ne doit y faire intervenir ni lymphe plastique, ni prolifération.

Peut-on observer, dans la partie conjonctive de la cornée, des phénomènes du même ordre ou plus simples encore? Tant que j'ai fait dans cette membrane une ou deux incisions seulement, comprenant le tiers ou la moitié de son épaisseur, il m'a été impossible de le savoir, parce que toujours les lèvres de la plaie étaient écartées l'une de l'autre par la masse épithéliale éboulée. Dans ces conditions, la réunion immédiate vraie ne saurait se produire.

Il paraissait difficile d'éviter la pénétration des cellules épithéliales entre les lèvres de la plaie. Enlever l'épithélium par raclage sur une partie de la surface de la cornée et faire ensuite une incision dans la partie dénudée semblait fort logique. J'ai tenté l'expérience. Probablement à cause de la violence du traumatisme ou de l'action du liquide lacrymal, la réunion immédiate vraie ne s'est pas produite. L'épithélium s'est avancé à partir des régions où il avait été ménagé, il est arrivé à la plaie et l'a remplie.

J'ai des préparations dans lesquelles on voit qu'une des lèvres de la plaie a acquis un revêtement épithélial, tandis que l'autre en est encore dépourvue. Si l'on avait attendu quelques heures de plus, l'épithélium aurait, sans doute, envahi la plaie tout entière. Après être descendu sur l'une de ses lèvres, il aurait remonté l'autre pour s'étendre ensuite sur toute la surface dénudée.

Cette expérience n'ayant pas réussi, il a fallu en imaginer une autre, il m'a semblé que si l'on pratiquait un grand nombre d'incisions parallèles, les unes profondes, les autres superficielles, comme il est dit plus haut, il faudrait, pour les remplir toutes, une si grande quantité de cellules que le revêtement épithélial deviendrait impuissant à les fournir et que quelques-unes des incisions superficielles pourraient ainsi échapper à l'invasion.

L'expérience a confirmé cette hypothèse. Parmi les petites incisions, surtout celles qui sont entre deux incisions un peu profondes, comprenant par exemple le tiers de l'épaisseur de la cornée, il y en a dont les deux lèvres sont en contact; il ne s'y est pas insinué de cellules épithéliales. A leur niveau, l'épithélium de revêtement a été divisé par l'instrument tranchant et cependant on n'y voit plus rien de la solution de continuité. Il s'est réparé suivant le mécanisme de la réunion immédiate vraie, que j'ai indiqué précédemment.

Tout cela peut être constaté, au bout de vingt-quatre heures, par l'examen de coupes faites, perpendiculairement à la plaie, sur la cornée convenablement fixée et colorée. Mais c'est seulement vingt-quatre heures plus tard, c'est-à-dire dans des plaies de quarante-huit heures que l'on peut bien observer les détails de la réunion.

J'ai déjà montré qu'à ce moment, dans les plaies comblées d'épithélium, les prolongements sectionnés des cellules conjonctives bourgeonnent, végètent, s'anastomosent les uns avec les autres et forment ainsi, au-dessous de l'épithélium, une membrane protoplasmique fenêtrée. Il semble évident que si ces prolongements ne s'étendent pas plus loin c'est que l'épithélium les en empêche, et l'on conçoit aisément que ceux qui occupent une des lèvres de la plaie s'anastomoseraient avec ceux de l'autre lèvre, si elles étaient en contact.

Tel est, en effet, le mécanisme de la réunion immédiate vraie du tissu conjonctif de la cornée dans la plaie de quarante-huit heures, où l'épithélium n'a pas pénétré et dont les lèvres se touchent; on peut voir les cellules conjonctives hypertrophiées émettre des prolongements qui s'insinuent dans la solution de continuité, s'anastomosent et forment ainsi une cicatrice protoplasmique résistante.

Là pas de ciment, comme dans la cicatrice épithéliale, mais seulement accroissement du protoplasma cellulaire et fusion des prolongements protoplasmiques. On pourrait se laisser entraîner à voir dans ce dernier processus un mécanisme plus compliqué parce qu'il est d'observation moins facile; mais si l'on va au fond des choses, il est plus simple. Il est dans la nature des cellules du tissu conjonctif de s'unir les unes aux autres par leurs prolongements. Si donc ces cellules déterminent la formation d'une cicatrice en s'anastomosant entre elles, elles ne font qu'obéir à une de leurs propriétés fondamentales.

Il peut se faire que quelques cellules épithéliales seulement aient pénétré entre les lèvres de la plaie. Elles forment alors un lobule, une sorte de globe, complètement isolé au sein du tissu conjonctif. On dirait un lobe d'épithéliome lobulé. Au-dessus et au-dessous de ce lobe, la plaie est fermée par une cicatrice protoplasmique. Ces préparations sont fort démonstratives. Elles permettent de bien juger de la direction et de la forme de la cicatrice, et de voir comment les prolongements des cellules conjonctives se sont agencés pour l'établir. Certains prolongements cellulaires semblent la traverser simplement. Les deux lèvres de la plaie sont alors unies, à ce niveau, par un simple pont protoplasmique.

Quelques expériences que j'ai déjà faites sur la cicatrisation de divers tissus m'autorisent à penser que les faits exposés dans cette Note ont une signification très générale.

L'ampliation de l'oreillette droite du cœur pendant l'inspiration, démontrée par la radioscopie. — M. Ch. Bouchard. En examinant, par le dos, le thorax d'une jeune fille atteinte d'infiltration tuberculeuse légère du sommet du poumon droit, j'ai remarqué une saillie convexe qui, à certains moments, élargissait à droite l'ombre portée par la colonne dans une partie correspondant à celle où l'ombre du cœur se montrait à gauche de la colonne.

En suivant les mouvements de saillie et de retrait de cette onde noire qui n'était pas due aux mouvements propres du cœur, et en les comparant avec les mouvements alternatifs d'abaissement et d'élévation du foie, j'ai constaté et fait constater que l'ombre faisait saillie à droite du sternum quand le foie s'abaissait et que le retrait vers le bord du sternum s'effectuait quand le foie remontait.

En faisant pivoter légèrement le corps sur lui-même, de manière à porter l'épaule gauche un peu en arrière, je vis plus distinctement la masse des oreillettes et arrivai à y reconnaître, ce qu'il n'est pas rare de constater, les battements propres des oreillettes. Je rendis aussi plus évident le gonflement de la masse auriculaire pendant l'abaissement du foie, c'est-à-dire pendant l'inspiration.

Chez deux autres malades, affectées, l'une d'infiltration

légère du sommet droit, l'autre d'induration étendue du sommet gauche, je ne pus pas réussir à faire la même détermination. Je procédai alors à l'examen de deux femmes atteintes d'asthme : chez l'une des deux seulement, je pus faire la démonstration de l'ampliation que provoque, dans l'oreillette droite, la légère diminution de pression qui se produit dans le thorax pendant l'inspiration et qui fait un appel à la fois sur le sang et sur l'air. J'ai fait la même constatation chez une troisième femme qui n'était affectée d'aucune maladie des organes de la circulation ou de la respiration.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 1er février 1898. — Présidence de M. Jaccoud.

La correspondance comprend : 1° Une lettre de Mme Magitot, offrant à la Bibliothèque un certain nombre de pièces anatomiques et de moulages laissés par son mari ; 2° une lettre de M. Fontana, notaire à Paris, annonçant à l'Académie que le professeur Tarnier lui a légué, par testament, une rente de 5.000 francs destinée à créer un prix annuel de 3.000 francs pour récompenser alternativement un travail d'obstétrique et un travail de gynécologie. Le surplus sera laissé à la libre disposition de l'Académie.

Ventouses scarifiées et vésicatoires. — M. Hervieux vient, après M. Alb. Robin, protester contre le discrédit dans lequel est tombée la saignée. Pendant tout son séjour à la Pitié, de 1860 à 1883, il a largement employé la saignée ou les ventouses scarifiées et les vésicatoires dans les cas de fièvre puerpérale.

Mort de Péan. — M. le Président annonce à l'Académie la mort imprévue de Péan qui, mardi dernier, s'était fait inscrire pour prendre la parole aujourd'hui. Membre de la section de pathologie chirurgicale, Péan, depuis sa nomination, a pris part à toutes les discussions relatives à la chirurgie qui ont eu lieu dans cette enceinte. On a discuté la priorité qui devait revenir à lui ou à d'autres chirurgiens français dans la pratique de l'ovariotomie ; cette discussion est oiseuse, ce qui n'est pas contestable, c'est la large part que Péan a prise dans la vulgarisation de cette opération. Péan eut bientôt une renommée européenne, puis universelle. La cause de cette renommée, c'est une incontestable habileté opératoire, jointe à un imperturbable sangfroid. Péan, appuyé sur ces bases, a appliqué à la chirurgie un principe fameux : « De l'audace, encore de l'audace, et toujours de l'audace. »

L'audace heureuse qui caractérisait la pratique de Péan, et qui exerçait sur les malades une considérable attraction, était purement personnelle ; c'était une audace vraiment isolée, qui n'avait rien de commun, vu l'époque, avec les hardiesses généralisées qu'enfanta plus tard, pour le grand bien des malades, l'avènement de l'antisepsie.

M. Delorme, qui a prononcé sur la tombe un discours au nom de l'Académie, n'étant pas de retour des obsèques, ce discours sera lu à la prochaine séance.

Etiologie de la cirrhose du foie dans l'Yonne. — M. le Dr Roché, de Toucy (Yonne). J'ai fait auprès d'un grand nombre de mes confrères de l'Yonne une sorte d'enquête sur ce sujet et c'est le résultat de cette enquête faite près de 42 médecins que j'apporte à l'Académie.

L'Yonne est un département essentiellement agricole et viticole, formé en partie par la Bourgogne, par la Champagne et par l'Orléanais. Ces trois régions sont très différentes et n'ont pas la même boisson ; la partie provenant de l'Orléanais ne boit que du cidre. Les habitants de l'Yonne envoient leur meilleur vin ailleurs et boivent surtout des vins du Midi. Ces vins du Midi sont consommés par la bourgeoisie dans laquelle on ne trouve pas de cas de cirrhose. Les ouvriers boivent des piquettes et souvent de l'eau, mais ils vont rarement à leur travail sans prendre la goutte le matin ; ils sont alcooliques, mais nous n'avons jamais chez eux constaté de cirrhose. La classe des artisans fournit, au contraire, 9 sur 10 des cas de cirrhose. La quatrième classe de la population est constituée par le haut commerce, les grands propriétaires qui boivent du vin et des liqueurs de meilleure qualité et fournit peu de cas de cirrhose.

La cirrhose alcoolique ne paraît pas être très fréquente dans l'Yonne et il ne semble pas qu'il y ait de différence entre les trois parties du département. Cette cirrhose paraît d'ailleurs due plutôt à l'alcool qu'à la consommation du vin lui-même. Dans les cas de cirrhose les malades ne faisaient généralement pas usage de vins plâtrés.

Dans l'Yonne, l'homme du peuple, le paysan boivent ce qu'ils récoltent, vin ou cidre ; dans tout le département on fait usage d'alcool de marc et de cidre.

De ces diverses observations, M. Roché tire ces conclusions :

1° La cirrhose hépatique n'est pas très commune dans l'Yonne ;

2° Elle est à peu près également répartie dans toute l'étendue du département, sauf dans les villes les plus populeuses où elle est relativement plus fréquente ;

3° Elle est surtout alcoolique, s'observe presque exclusivement chez les grands buveurs de spiritueux et surtout chez ceux qui abusent des liqueurs de mauvaise qualité et principalement des apéritifs ;

4° La cirrhose vineuse est exceptionnelle.

5° Dans les cas observés, les malades ne paraissent pas avoir fait usage des vins plâtrés.

6° L'alcoolisme aigu et l'alcoolisme chronique sont rares chez les grands buveurs de vin et de cidre.

7° L'alcoolisme chronique est rare également chez ceux qui boivent même de grandes quantités d'eau-de-vie du pays.

8° Il est fréquent au contraire chez ceux qui abusent des mauvaises liqueurs et des apéritifs du commerce ;

9° Les manifestations de l'alcoolisme chronique, l'artériosclérose surtout, précèdent souvent la cirrhose ou coïncident avec elle.

Réparation des plaies de l'uretère et de la vessie. — M. Cornil donne la suite de la communication qu'il a récemment faite à l'Académie, en collaboration avec M. Carnot, sur la restitution intégrale des conduits et des cavités muqueuses.

Chez un chien nouveau-né, M. Cornil applique une ligature au catgut sur l'uretère près de son abouchement dans la vessie, puis il ouvre l'uretère en long au-dessous sur une longueur de 1 centimètre ; puis sur le même animal il place une ligature de catgut serrée au milieu de la vessie qui se trouve ainsi partagée en deux cavités, en sablier. La cavité supérieure est ouverte avec des ciseaux, d'avant en arrière. A l'autopsie, faite 15 jours après l'opération, la vessie était complètement revenue à son état normal. Le catgut était résorbé et avait simplement déterminé

une cicatrice transversale reconnaissable à une induration circulaire linéaire. De même pour l'uretère.

Dans une seconde expérience, la calotte supérieure de la vessie est enlevée immédiatement au-dessus de la section et on unit le grand épiploon avec les bords de la section circulaire par six points de suture et l'abdomen est recousu. A l'autopsie, la vessie est surmontée par une saillie sphérique qui y adhère et forme une vessie supérieure aux dépens du grand épiploon.

Des greffes d'os vivants. — M. A. Ricard rapporte deux faits qui semblent démontrer :

1° Que les greffes osseuses vivantes, transportées dans l'organisme humain, sont tolérées et ne donnent lieu à aucune élimination, si l'opérateur a eu soin de se conformer aux règles de l'asepsie la plus rigoureuse ;

2° Que ces greffes, tolérées, peuvent ou persister, ou se résorber, en laissant à leur place, ce qui a été démontré par d'autres expérimentateurs, un tractus fibreux dont on est en droit d'escompter la solidité ;

3° Que, contrairement à ce que croyaient certains auteurs, les greffes autoplastiques ne présentent pas plus de chance de persister que les greffes hétéroplastiques, puisque, chez les malades la greffe hétéroplastique a persisté, alors que la greffe autoplastique s'est résorbée.

4° Enfin, en se plaçant à un point de vue plus spécial, la restauration nasale, par greffe autoplastique, constitue un procédé thérapeutique qui paraît donner d'excellents résultats, ce qui est digne d'intérêt, étant donné les résultats très défectueux obtenus jusqu'ici par les différents procédés de restauration.

Traitement des scolioses par l'immobilisation en bonne position. — M. Chipault lit une note sur le sujet.

A 4 h. 1/2 la séance est levée.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX

Séance du 28 janvier 1897. — Présidence de M. Sevestre.

Perméabilité rénale dans le diabète. — M. Troisier rapporte le cas d'un malade diabétique à 17 litres d'urine par jour avec 1000 grammes de glycose, et qui a, en outre, 12 centigrammes d'albumine par litre, soit 2 gr. 4 par vingt-quatre heures. Malgré tout cela, l'élimination du bleu de méthylène se fait aussi rapidement qu'à l'état normal.

M. Achard. L'observation de M. Troisier est intéressante en cela, surtout, qu'on y voit de l'albumine exister en quantité notable chez un grand diabétique, ce qui est exceptionnel, sauf à la période terminale de la maladie. On dit souvent, alors, que l'albuminurie s'est substituée au diabète. Il n'en est rien. Le diabète n'a pas disparu ; il est seulement masqué par l'imperméabilité rénale. La glycémie reste la même bien que la glycosurie soit très modifiée. Il se peut que, malgré la persistance de la perméabilité rénale, le malade de M. Troisier n'ait pas les reins sains et qu'il y ait de légères lésions anatomiques. La perméabilité rénale au bleu de méthylène indique un état fonctionnel, mais non un état anatomique.

M. Rendu. En effet, les prétendues albuminuries fonctionnelles des diabétiques cachent des lésions latentes des reins, qui peuvent se révéler brusquement par des troubles graves.

Phlébite de la jambe consécutive à une angine à streptocoques. — M. Troisier, en son nom et au nom de son interne, M. Decloux, rapporte un cas relatif à un jeune homme de dix-neuf ans. Il s'agit d'une phlébite, bénigne du reste, développée à la jambe, pendant la convalescence d'une angine pultacée manifestement streptococcique. La culture du sang fut négative au point de vue du streptocoque, mais cette recherche ne fut faite que trois jours après l'apparition de la phlébite, c'est-à-dire à une époque beaucoup trop tardive. On sait, d'ailleurs, combien il est rare de trouver des streptocoques dans le sang, même dans les formes graves de l'infection, et, dans le cas dont il s'agit, l'infection était réduite à son minimum.

Bactériologie du rhumatisme articulaire aigu. — MM. Triboulet et Coyon. Nos recherches bactériologiques sur le rhumatisme articulaire aigu peuvent, à l'heure actuelle, se résumer ainsi :

1° Dans onze cas consécutifs de rhumatisme articulaire aigu, nous avons retrouvé un diplocoque déjà décrit dans une communication du 24 décembre 1897, à la Société médicale des hôpitaux, à propos de l'examen de six cas de rhumatisme.

2° L'examen microscopique direct du sang des malades montre quelquefois ce diplocoque avec une extraordinaire abondance, dans d'autres cas en quantité moins grande.

3° Ce que nous connaissons du rhumatisme en fait donc une septicémie.

4° Cette septicémie peut-être simple ou complexe, puisqu'on peut y trouver deux formes microbiennes (diplocoque et bacille fin) et dans un de nos cas même (avec bacille d'Achalme en plus) trois formes microbiennes réunies sur le même sujet, quoique toujours avec une grande prédominance de notre diplocoque, qui se rencontre dans tous les cas sans exception.

5° Ce dernier paraît, au moins au point de vue clinique, assumer la plus lourde responsabilité, puisqu'il semble la cause des déterminations valvulaires du rhumatisme.

6° En effet, l'inoculation intra-veineuse d'une culture pure de ce microbe a pu déterminer, sur la valvule mitrale du lapin, la formation de végétions assez grosses pour tuer l'animal en 20 jours par rétrécissement mitral aigu, végétations que l'examen histo-bactériologique révèle nettement comme consécutives à l'action du diplocoque inoculé.

Lésions histologiques fines de la cellule nerveuse dans le tétanos et l'immunité anti-tétanique. — MM. Chantemesse et Marinesco, communiquent une note sur ce sujet.

SOCIETÉ MÉDICALE DES BUREAUX DE BIENFAISANCE

Séance du 14 avril 1897. — Présidence de M. W. Séailles.

M. Billon, secrétaire général adjoint, donne sur la santé de M. Lecoin, secrétaire général, des nouvelles qui ne sont pas encore satisfaisantes.

La correspondance comprend : Une lettre de remerciements du Dr Laffitte, nommé membre titulaire à la dernière séance ; une lettre du Dr Berrut remerciant la Société d'avoir fait faire l'analyse de son travail, dont il envoie un exemplaire pour la bibliothèque ; une lettre du Dr Commenge faisant hommage à la Société de son livre intitulé :

« Prostitution clandestine à Paris ». Il regrette de ne pouvoir assister à la séance et demande qu'on désigne un rapporteur. M. Meugy est nommé rapporteur de cet ouvrage.

M. Billon annonce la mort du Dr Fodéré, médecin honoraire des Bureaux de Bienfaisance (VIIe arrondissement), chevalier de la Légion d'honneur, décédé à l'âge de 81 ans.

Il annonce également que le Dr Coni, de Buenos-Ayres, a été nommé membre associé libre de l'Académie de Médecine à titre étranger.

Il fait remarquer, dans le Bulletin municipal officiel du 20 mars 1897, une proposition de M. Fourest, déposée relativement à l'organisation d'un service médical pour les indigents entre 5 et 10 heures du soir, et dans celui du 25 mars 1897, une question de M. John Labusquière sur le cumul des fonctions de médecin du Bureau de Bienfaisance avec celle de commissaire de surveillance dans une gare.

Pour la première, la grande commission s'est rendue aux raisons données par le Bureau et l'affaire n'aura pas de suite.

Quant à la seconde, le Directeur de l'Assistance publique a consulté le Bureau qui a protesté contre le cumul. Ce médecin a donné lui-même sa démission.

M. Billon a en main la liste des candidats au concours actuel. Ils sont au nombre de 107 pour 30 places.

Le secrétaire général propose de faire au Dr Dubois, qui vient d'être nommé président du Conseil général, une visite officielle pour le féliciter, car son vote nous a toujours été favorable et son accueil des plus courtois. Cette proposition est adoptée.

La Bibliothèque de la Société encombre l'archiviste; le président propose de déposer nos archives à l'Assistance publique.

La question sera traitée ultérieurement.

Traitement de la procidence de l'utérus. — Notre très honoré collègue le Dr Berrut nous a envoyé sa communication au Congrès français de chirurgie de 1896 sur le traitement rationnel de la procidence de l'utérus et vous m'avez demandé de vouloir bien vous en rendre compte.

Le travail de M. Berrut est le résultat de l'expérience de toute une vie médicale consacrée à l'étude des maladies des femmes; je vais essayer de résumer brièvement la thèse qu'il soutient avec le plus grand talent et le charme d'orateur que vous lui connaissez.

Chez les femelles de mammifères dont le corps est porté horizontalement par les quatre membres, l'axe du vagin est dirigé d'arrière en avant, de la vulve vers l'utérus et l'axe de l'utérus est la prolongation en ligne droite de l'axe du vagin.

Le canal vagino-utérin horizontal et parallèle à l'axe du tronc est en équilibre stable.

Mais si on fait cabrer le quadrupède en faisant évoluer sur la ligne les trochantériens comme sur une charnière, le pelvis et la colonne vertébrale pour les faire passer de la position horizontale à la position verticale, on entraîne dans le mouvement tous les viscères qui dirigent alors en avant leur face auparavant inférieure. Ainsi la symphise pelvienne et le clitoris deviennent antérieurs au lieu de regarder en bas; le plan du détroit supérieur regardera en haut et en avant vers l'ombilic et l'utérus aura son fond orienté vers l'ombilic et son col vers la symphise sacro-coccygienne. Le plan du détroit inférieur qui regardait en arrière se portera en avant, entraînant le vagin dont l'axe sera sur la ligne pubio-coccygienne. L'axe de l'utérus et l'axe du vagin formeront un angle droit à leur point de contact devant le coccyx. Ce coude rendra moins facile la fécondation et plus laborieux l'accouchement.

L'homme depuis longtemps s'est cabré comme nous l'avons indiqué et si, par cette attitude, il a vu, par la position élevée de sa tête, s'agrandir le domaine de ses observations et s'étendre devant lui la ligne des vastes horizons, par contre, il est plus exposé à certains accidents tels que les hernies et à l'instabilité de l'équilibre de l'utérus et à la fréquence de ses déplacements. Car, comme son initiateur, l'homme, la femme aussi s'est élevée à la dignité de l'attitude verticale et c'est ce qui a permis, dans l'union des sexes, de substituer au rapprochement à la manière des bêtes, la confrontation face à face.

Après ces considérations commémoratives sur le passé, l'auteur nous montre, par l'examen actuel de l'histoire naturelle de la procidence génitale chez la femme, que cette procidence est un déplacement par invagination, c'est-à-dire est constituée par l'engaînement à la manière d'un doigt de gant, d'une portion du cylindre dans la portion qui la précède ou qui la suit.

Cette invagination a plusieurs degrés et finit par amener l'utérus et le vagin extroversés au dehors, à travers la vulve, et le chirurgien peut découvrir l'invagination se produisant sous ses yeux.

L'hygiène bien entendue doit d'abord prévenir toutes lésions.

M. Berrut recommande à la femme enceinte de porter une ceinture hypogastrique bien appliquée. Puis il préconise l'accouchement à la mode ancienne, c'est-à-dire dans la situation géni-cubitale, à l'aide d'un double plan incliné capitonné, ayant une face abdominale et une face pectorale. La situation géni-cubitale peut faciliter et rendre simple un accouchement laborieux. Après l'accouchement, dès le troisième jour, la femme doit quitter le décubitus dorsal qui la conduirait à la rétrocession et à ses conséquences. Elle se placera alternativement dans le décubitus latéral droit, puis dans le décubitus latéral gauche et plusieurs fois par jour une séance de dix minutes de décubitus abdominal. Il est toujours très indiqué de soutenir et de modérer les évolutions de l'utérus, par l'application d'un anneau qui sera adapté avec précision à la configuration des organes de la malade.

Cet anneau, qui ne sera pas enlevé avant la fin du troisième mois, permettra aux ligaments encore atteints de laxité de se raccourcir par la contraction de leurs fibres et de reprendre utilement leur fonction de support et de tutelle contre la tendance aux déviations.

Je ne vous étonnerai point, Messieurs, après tous ces préliminaires et ces règles d'hygiène que je viens de vous indiquer sommairement, en vous disant que notre collègue n'est point un partisan résolu des graves opérations qui se pratiquent à l'heure actuelle dans la chirurgie gynécologique : le raccourcissement des ligaments ronds, l'hystéropexie, l'hystérectomie ; toutes ces opérations sont étudiées ici avec le plus grand sens clinique et l'expérience si longuement acquise de M Berrut. Jusqu'à ce jour, elles n'ont point amené la réduction et la contention de l'utérus prolabé ; au contraire, M. Berrut, par sa méthode de prothèse, peut montrer de nombreux cas de guérison remontant déjà à plusieurs années.

Voici du reste les conclusions du travail. Il ne s'agit point

d'aveugler la porte de sortie de l'organe prolabé ni d'accrocher sans précision à un fil mal fixé sur des parties molles, l'utérus dur et pesant, en laissant flottantes les parties vaginales; il s'agit de réduire l'utérus tombé en procidence et de le maintenir dans sa position reconquise. M. Berrut indique ici son procédé qui découle très facilement de l'étude anatomique que nous faisions tout à l'heure de l'appareil génital féminin.

Pour réduire l'utérus, il faut toujours placer la femme en position génu-cubitale et réduire petit à petit l'invagination.

Pour réaliser la contention, il faut appliquer un anneau adapté avec précision à la configuration des organes; cet anneau sera très souvent modifié.

M. Berrut termine ainsi son travail si intéressant : Dans le traitement de la procidence du vagin et de l'utérus, aux défaillances de la diérèse (διαιρεω, je divise) qui, malgré ses excès opératoires, n'a pas encore produit un seul fait de contention et de réduction de l'organe prolabé, nous devons préférer la prothèse (πρό, au lieu de : τιθημι, je place) qui réalise avec exactitude la reposition de l'utérus dans sa situation normale par la réduction et la contention mécanique, qui fait cesser les accidents et qui conduit à une cure radicale, après la suppression de l'anneau, par le retour de la tonicité des organes de fixation et de support.

Ce traitement prothétique permet à la femme, au surplus, de conserver le plein exercice de ses fonctions de génération.

Nous remercions M. D. Berrut de n'avoir pas oublié que la Société des bureaux de bienfaisance était très honorée de le compter parmi ses membres et, personnellement, d'avoir été choisi pour analyser ce mémoire si judicieusement pensé et si clairement écrit.

Des remplacements aux Bureaux de Bienfaisance. — M. Rotillon a mis cette question à l'ordre du jour, à la suite d'une lettre officielle de l'Administration, qui établit que c'est d'après un vœu de la Société médicale des Bureaux de Bienfaisance que la Directeur a décidé de choisir les remplaçants parmi les médecins ayant déjà concouru. D'accord avec ce principe, dans le X^e^ arrondissement, quand il y a une place vacante, l'Administration propose un médecin ayant déjà subi le concours. M. Rotillon pense que l'Administration a mal interprété un vote antérieur de notre Société et demande l'avis des membres présents.

La Société décide qu'elle n'a jamais demandé que les médecins remplaçants fussent choisis parmi les médecins ayant déjà concouru et qu'une démarche sera faite auprès de M. Baudoin des Salles pour affirmer notre décision antérieure.

M. Rotillon appelle l'attention sur ce fait, qu'un médecin faisant le service de la consultation ne peut faire en même temps un service à domicile, même temporairement comme remplaçant.

M. Tolédano fait remarquer que le médecin de la consultation, pouvant habiter un arrondissement éloigné de celui de son service, ne remplit pas les conditions administratives pour faire un service à domicile dans le même arrondissement que celui de sa consultation.

M. Séailles désirerait que nous ayons la liberté de nous faire remplacer par n'importe quel médecin, pourvu qu'il soit agréé par le maire, et bien entendu sous la responsabilité de ceux qui se font remplacer.

Il propose une visite à M. Baudoin des Salles dans ce sens.

M. Gibert objecte que l'Administration, dans le but des remplacements éventuels, aurait dressé une liste parmi les médecins qui se sont déjà fait inscrire au concours.

Le concours actuel aux places de médecins du traitement à domicile. — M. Tolédano. On sait que, pour le traitement à domicile, les candidats ne peuvent concourir que pour leur arrondissement propre ou les arrondissements limitrophes du quartier où ils habitent. Il n'en est pas de même pour le service des consultations où aucune condition de domicile n'est spécifiée. Il en résulte que les candidats pour les consultations se présentent à la fois dans tous les arrondissements et de cette façon arrivent presque infailliblement à obtenir une place quelconque, quittes l'année suivante à se représenter au concours pour obtenir, cette fois, l'arrondissement de leur choix, en profitant des points supplémentaires que leur a acquis leur situation antérieure. La durée du concours se trouve prolongée par la répétition de ces mêmes candidatures, mais c'est là le moindre inconvénient ; un bien plus sérieux résulte des avantages accordés à ces candidats sur les nouveaux concurrents moins privilégiés, qui se trouvent ainsi dans un état d'infériorité manifeste.

M. Rotillon dit qu'il est d'usage et qu'il trouve juste d'accorder aux anciens cet avantage, afin d'éviter qu'un candidat, déjà titulaire dans un arrondissement, ne soit pas reçu dans un autre pour lequel il se présente.

Après quelques observations de MM. Noir et Gourichon, une commission est nommée pour étudier un règlement du Concours. Cette commission se compose de MM. Tolédano, Noir, Gourichon. M. Tolédano demande ensuite quelles règles sont suivies habituellement pour l'admissibilité. M. Rotillon répond qu'il n'y a pas de règle fixe mais que, dans certains concours et entre autres celui où il a été membre du jury, tous les candidats qui ont lu leur écrit ont été admis à l'oral. M. Tolédano fait savoir que dans le concours actuel, sur 107 inscrits, il y a eu 76 copies; la lecture n'est pas terminée.

M. Gibert, à propos du projet de création de places de spécialistes dans les dispensaires (oculistes, dentistes), demande l'avis de la Société. Celle-ci émet un avis favorable et prie M. Gibert de porter ce vœu au Conseil de Surveillance, pour déterminer quel est le mode de recrutement qu'il convient d'adopter. M. Gibert est adjoint à la Commission précédente pour le règlement du Concours, qui comprendra MM. Gibert, Tolédano, Noir et Gourichon.

M. Séailles appelle l'attention sur le rapport présenté par MM. Bompard et Clairin au Conseil général au sujet de la prophylaxie de la tuberculose.

M. Rotillon a relevé le nombre des malades tuberculeux soignés au Bureau de bienfaisance du X^e^ arrondissement pour l'année 1896 : il s'élève à 158.

M. Séailles propose que le Bureau fasse une démarche auprès de M. Brouardel, pour lui demander que la Société des Bureaux de bienfaisance reçoive une consécration officielle et soit reconnue comme corps constitué au même titre que la Société médicale des hôpitaux. En effet, les médecins des bureaux de bienfaisance, étant nommés à la suite d'un concours, le titre de médecin du Bureau de bienfaisance doit être considéré comme celui de tous les médecins ayant subi un concours. Cette proposition est adoptée.

M. Gourichon demande que notre représentant au Congrès de Rouen y traite la question de la prophylaxie de la tuberculose. Avis en est donné au Dr Billon qui accepte.

La séance est levée à 10 h. 20.

Le secrétaire des séances, Dr J. Duval.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU VIe ARRONDISSEMENT

Séance du 27 octobre 1897. — Présidence de M. Dromain.

M. Dromain, après un rapport très favorable sur la candidature de M. Malméjac (2, place Saint-Sulpice) donne un intéressant compte rendu de la thèse déposée à l'appui de cette présentation. Avec de nombreuses observations, M. Malméjac montre l'embarras où l'on se trouve devant des contusions de l'abdomen qui donnent au début des symptômes sans importance, pour produire vers le 3e ou 4e jour des phénomènes des plus graves, imposant alors des opérations trop tardives dont les résultats sont souvent malheureux. L'auteur insiste d'une part sur cette insuffisance de la clinique qui ne donne pas au moment voulu des signes précis, et d'autre part sur la bénignité et la nécessité d'une boutonnière exploratrice ; moyen unique et sans inconvénient de s'assurer s'il y a des lésions graves, et de parer au danger. Il faut pratiquer la boutonnière toutes les fois qu'il y a doute. M. Dromain ajoute le récit d'un curieux procès, où se trahit malheureusement *l'invidia medicorum*, et qui fut comme un prologue à l'affaire Laporte, soumis au parquet de Paris récemment. Un vélocipédiste est renversé par un fiacre et porté à l'hôpital Beaujon. Le chirurgien B...., constate simplement une fracture de l'avant-bras et applique un appareil. Dans la journée, des accidents généraux graves se produisent et l'interne fait appeler le chirurgien de garde, M H....., qui fait d'urgence une boutonnière exploratrice, trouve des lésions importantes et opère. Le malade guéri intente un procès à la Compagnie de voitures pour lequel le certificat de M. B..... déclare que si le malade a fait un long séjour à l'hôpital, c'est grâce seulement à l'opération inopportune de M. H..... Devant cette difficulté, le tribunal accorde une provision de 800 francs et désigne de nouveaux experts (naturellement trois médecins).

M. Génesteix demande que, pour éviter de regrettables retards dans la marche des candidatures, on revienne à l'avenir à l'application du règlement qui fixe le vote au mois qui suit la proposition ; il communique la correspondance qui contient une lettre d'excuse de M. Anselet retenu par une période de vingt-huit jours, et trois brochures de M. Luc : 1° Contribution à l'étude des complications intracraniennes survenant dans le cours des suppurations voisines du crâne (oreille moyenne, sinus frontal) ; 2° Une nouvelle méthode opératoire pour la cure radicale de l'empyème chronique du sinus maxillaire ; 3° De la Pyémie d'origine auricutaire sans thrombo-sinusite.

M. Dromain dépouille le scrutin et déclare M. Malméjac admis à l'unanimité ; il se réjouit ensuite, avec toute la Société, de revoir parmi nous M. Récamier après les terribles dangers courus par lui à la catastrophe du Bazar de la Charité ; il le félicite de sa belle conduite dans ce désastre, pour laquelle la récompense méritée semblait avoir été oubliée et n'est arrivée que bien tardivement, amenée en quelque sorte par la force des choses.

M. Récamier remercie, déclarant encore avec sa modestie habituelle qu'il n'a fait que son devoir, qu'il ne songeait nullement à aucune récompense ; mais que le Dr Dubois président du Conseil général, dont il tient à signaler la généreuse intervention, de son propre mouvement et avec une vive insistance, demande pour lui la croix afin d'obtenir au moins une médaille en demandant le maximum. Il a été d'autant plus touché de cet acte que M. Dubois a ainsi montré ce que peut faire la bonne confraternité médicale élevée par lui au-dessus des dissentiments politiques.

Atrophie papillaire double ayant résisté au traitement par les frictions mercurielles et l'iodure de potassium et très améliorée par les injections de calomel. — M. Valude. X... (Clémence), 41 ans, journalière. Rien à noter dans les antécédents héréditaires.

Antécédents personnels. Réglée à 13 ans, régulièrement. Mariée à 20 ans. Deux enfants : un mort à 5 ans, l'autre vivant et bien portant. Pas de fausse-couche.

En 1886, céphalée violente, surtout nocturne. La malade ne se rappelle pas avoir eu à ce moment des taches sur le corps, des maux de gorge. En un mot aucun symptôme de syphilis.

Etat actuel. Rien de spécial sur les téguments. Rien du côté des organes. Pas de signes de tabès.

Dans la bouche existent deux lésions très suspectes : une exostose médio-palatine, très volumineuse, et deux plaques muqueuses de la lèvre inférieure.

Son affection oculaire aurait débuté, il y a un an, par une diminution progressive de la vue.

Traitement pendant six mois à la Clinique du Dr Hubert par une potion de nature inconnue, des injections de strychnine et l'électricité.

Le 22 juillet 1896, la malade vient consulter pour la première fois à la Clinique des Quinze-Vingts où l'on diagnostique une double atrophie des papilles et où on la traite par des frictions mercurielles et de l'iodure.

En décembre de la même année, elle revient et raconte que son affection loin de s'améliorer fait, au contraire, des progrès rapides,

L'atrophie papillaire est très avancée avec achromatopsie pour le rouge et le vert et acuité visuelle très diminuée : OD compte les doigts difficilement à 0 m. 20 c. ; OG V = 1/15.

Le 10 décembre, 1re injection de calomel de 7 centig. 1/2.

Le 17, 2e injection.

On ne retrouve plus quelques jours après les deux plaques de la lèvre et l'examen de l'acuité visuelle donne les résultats suivants : OD V = 1/15 ; OG V = 1/6.

Deux autres injections sont faites, mais l'acuité visuelle restant la même, le maximum d'amélioration semble obtenu et le traitement est suspendu.

M. Dauchez demande quel était exactement l'état du nerf optique, s'il était atrophié et à quel degré.

M. Valude fait observer que l'état de la vision ne correspond pas toujours exactement au résultat objectif de l'examen ophtalmoscopique. Il suffit de quelques filets indemnes du nerf optique pour conserver un certain degré de vision. Un malade peut présenter l'aspect de deux névrites optiques et garder malgré cela une vue suffisante au moins d'un côté. Il faut de grosses différences ophtalmoscopiques pour indiquer des différences d'acuité visuelle. Le traitement d'une injection de 5 centigrammes de calomel

tous les huit jours, pendant trois séries de cinq semaines, n'a amené ni abcès, ni mercurialisme, un peu de douleur, mais très supportable.

M. Dauchez partage l'avis de M. Valude, la jeune école avec Balzer s'est montrée très enthousiaste pour cette méthode, M. Fournier y est venu ; la difficulté réside peut-être dans la nécessité d'examiner l'état des reins qui doit être excellent, dans la pureté du produit qui doit être parfaite et dans l'asepsie qui doit être rigoureuse. Quant à la dose elle n'est pas fixe et unique, mais doit être calculée d'après le poids du sujet.

M. Dromain rapporte l'opinion d'un confrère qui a vu appliquer en grand cette méthode en Russie où aucune précaution n'était prise et où cependant il n'avait pas constaté d'accidents.

M. Milliet, partisan convaincu des frictions, pense cependant qu'en certains cas particuliers l'injection doit être préférée ; le tout est de ne pas généraliser.

M. Valude. Il est certain qu'il faut toujours agir selon les indications particulières de chaque cas.

M. Dromain rappelle que l'affaire Laporte est à l'ordre du jour.

M. Bonnefin s'indigne de l'attitude des experts, ceux-ci se sont faits les hommes liges, les fonctionnaires du juge Bertulus. On a apprécié leur conduite à sa juste valeur ; mais il faudrait plus, il y aurait lieu de leur infliger un blâme en forme régulière de tout le corps médical.

M. Dromain. L'affaire Laporte ne fait que commencer, le second acte va se dérouler en appel. Quel que soit le résultat, les médecins ne peuvent pas désarmer. Ils sont en tout cas forcés d'aller jusqu'au bout, ne serait-ce que par les paroles du juge Bertulus : « L'affaire Laporte n'est rien, c'est à tout le corps médical qu'il faut donner une leçon. » Chacun de nous est donc visé et la solidarité est en quelque sorte forcée par les circonstances. Au milieu de l'union consolante qui se lève de partout, une chose est cependant profondément affligeante : c'est l'inertie voulue des grands et des corps constitués. Au moment où toute la corporation est injustement maltraitée et bassement injuriée, et que de tous côtés les isolés et les associations modestes rivalisent de courage et de dignité, ils se voient avec tristesse complètement abandonnés par ces grands et ces corps constitués, qui les laissent s'épuiser en efforts énergiques sans leur offrir le moindre secours, qui ne connaissent de la situation qui leur est faite que les avantages personnels, mais qui tiennent à en ignorer les charges. Silence obstiné de l'Académie de médecine. N'est-elle pas la haute représentation officielle du corps médical, dont la voix investie d'une solide influence devrait faire pencher le plateau de la balance du côté de l'équité, et le devoir le plus élémentaire serait d'intervenir dans des questions aussi poignantes pour toute la médecine. Même silence à la Faculté, où le doyen pourrait aussi se montrer, en pareil cas, l'appui déclaré du corps des médecins tout en voulant pousser un sien élève expert malheureux. Mais les grands ont tort de se désintéresser, de parti pris, de cette question ; qu'ils se souviennent donc que ce sont les petits qui font les grands, au lieu de compromettre chaque jour davantage leur crédit et la confiance des petits. Il est honteux de voir cette Faculté apporter jusque devant les tribunaux ses questions de boutique, cela est scandaleux pour ceux qui connaissent le dessous des choses, et tous les médecins les connaissent et voient jusqu'où les grands peuvent pousser l'oubli de leur dignité. Voici, d'une part, l'entente des juges poussée jusqu'à condamner iniquement parce que l'un d'entre eux a été trop loin et qu'il faut le couvrir ; d'autre part, voici les médecins et leurs dissensions ; il ne s'agit pas de M. Socquet qui fait simplement son métier, mais de M. Maygrier qui, ayant tout d'abord fait un rapport favorable permettant un acquittement, apporte des conclusions défavorables et insiste sur la culpabilité pour répondre et faire opposition aux arguments de M. Pinard. La Faculté n'a rien fait, elle agit en mère qui repousse et abandonne ses enfants, elle travaille à la perte progressive du respect que nous avions voulu conserver pour elle.

M. Genesteix rappelle que le bâtonnier de l'ordre des avocats avait demandé à défendre le Dr Laporte, et qu'il en a été empêché par le beau-frère de celui-ci, dont la famille a d'ailleurs eu tout le temps une fâcheuse attitude, apportant toujours des obstacles à tout ce qui se faisait en faveur de notre malheureux confrère, refusant entre autres un premier secours apporté par la Société du XVIIe arrondissement.

M. Dauchez. Lorsqu'un premier journal ouvrit une souscription de 5 francs par cotisation, on sait que le Dr Laporte écrivit une lettre très digne pour refuser et pour remercier ; mais que les journaux durent passer outre devant le désir pressant de chacun d'apporter sous cette forme un témoignage de solidarité et de sympathie.

M. Furet engage la Société à ne pas se séparer sans émettre un vote concluant. Chacun de nous, quelle que soit sa spécialité, s'il en a une et même s'il n'en a pas, est exposé à pareille aventure. Un malade mal disposé peut toujours imaginer un accident de traitement, un oubli d'examen d'urines, etc. Une foule de petits détails insignifiants peuvent donner beau jeu aux mauvais clients. Il tient à signaler aussi l'attitude de la Société de chirurgie qui, elle aussi, garde un silence d'autant plus coupable que la chirurgie plus que toute autre branche peut donner naissance à des cas mal interprétés et capables d'entraîner des iniquités comme celle qui nous occupe. C'est de cette Société que devrait partir l'initiative d'un mouvement déterminé, car il lui importe peut-être plus qu'à toute autre, que ce jugement soit cassé.

M. Récamier fait observer que MM. Maygrier et Socquet sont moins coupables que les juges car, en dehors du rapport, il y a dans les attendus un grand nombre de choses fausses et absurdes, dont une des moins fortes est celle-ci : « attendu qu'un seul doigt est insuffisant, etc... »

M. Millée rappelle que la Société de médecine de Paris a voté un ordre du jour qui commence par ces mots : « La Société, émue par *l'erreur judiciaire* dont vient d'être victime le Dr Laporte, envoie... et s'associe. . etc. »

M. Dauchez s'élève contre le mot erreur judiciaire, non pas qu'il le trouve trop fort, mais parce qu'il faut éviter d'éveiller des susceptibilités dangereuses pour le Dr Laporte, étant donné l'esprit des magistrats.

M. Petit lit un fort spirituel *à propos* (paru depuis dans la *France médicale* de la première semaine de novembre).

M. Dromain propose d'adopter un ordre du jour.

M. Furet demande que l'on provoque une réunion générale extraordinaire des sociétés d'arrondissements.

M. Demoulin tient à rétablir les faits tels qu'ils se sont passés dans son service où fut apportée la femme Fresquet. La malade y arriva à 5 heures du soir et y mourut avant l'arrivée du chef de service. Un externe qui la vit alors,

constatant un état grave, fit appeler non l'interne de garde mais le plus ancien des internes pour plus de garantie ; bien que l'état fût dès lors désespéré, on s'attela à la moribonde jusqu'à 2 heures du matin ; les journaux ont donc déclaré à tort qu'elle n'avait reçu aucun soin à l'hôpital. Bien qu'obligé de refuser souvent des permis d'inhumer, en raison des nombreux cas d'avortement qui se présentent à Tenon, M. Demoulin a dans ce cas délivré immédiatement le permis et porté comme cause de décès : « infection puerpérale ». Il insiste sur ce fait que, lorsque M. Socquet est venu à Tenon pour ses constatations, il s'est bien gardé de demander à voir M. Demoulin et a fait son enquête seulement devant la surveillante.

La Société adopte l'ordre du jour proposé.

L'un des secrétaires des séances : F. Boissier.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 2 février 1898. — Présidence de M. P. Berger.

Allocution de M. Berger, président pour l'année 1898.

Traitement des abcès du foie. — M. Potherat. Un accident, l'abondant écoulement de la bile, a pu, dans un des cas de M. Lafourcade, causer la mort du malade. Cet écoulement est rare dans l'abcès du foie, mais il est fréquent dans les kystes hydatiques. La cholérrhagie a été signalée par les auteurs qui se sont occupés des abcès du foie, et il est probable qu'elle est due alors au détachement d'un fragment hépatique, laissant les vaisseaux biliaires ouverts.

Dans les kystes, la paroi soutient l'ampoule dilatée d'un vaisseau biliaire. Vient-on à l'ouvrir, ce soutien disparaît et la bile s'écoule — en plus ou moins grande abondance et même en totalité. L'amaigrissement devient rapide, considérable, malgré l'accroissement de l'appétit. Jamais cette cholérrhagie n'avait déterminé la mort avant le cas de Lafourcade, malgré les faits où cet écoulement a duré 6 mois, 10 mois, j'ai un cas de plus de 16 mois — et il y a des cas où le malade a perdu jusqu'à 700 gr. par jour. — Tous ces malades ont guéri. Aussi j'avais pu dire que la cholérrhagie quoique grave n'entraînait jamais la mort.

Dans le cas de Lafourcade, il s'agissait d'un malade âgé, très affaibli ayant subi une très grave opération. Peut-être ces éléments jouent-ils un rôle dans l'issue fatale survenue au dixième jour et que l'on attribua à la cholérrhagie.

Comment remédier à cette cholérrhagie ? L'incision large me paraît le meilleur procédé à employer.

Pour les abcès du foie, la méthode de Stromeyer Little me paraît la méthode de choix. Mais pour les abcès du foie et surtout pour les kystes hydatiques, c'est le plus court chemin, la voie la plus directe qui est la plus sûre. La voie détournée peut entraîner à des dangers que l'on ne peut éviter, quelque précaution que l'on prenne.

Tératome du testicule gauche. Ablation de la tumeur avec conservation du testicule. Guérison. Examen histologique par M. Cornil. — M. Picqué fait un rapport sur une observation adressée par M. Chevassus. Le diagnostic avait été fait avant l'intervention, et l'on sait combien sont rares ces tumeurs.

Verneuil, dans un mémoire à la Société de chirurgie, déclarait que les tératomes intra-lenticulaires n'existaient pas. C'est pour répondre à ce mémoire que l'observation de M. Chevassus méritait d'être publiée. Elle est un fait histologiquement démontré de cette situation intra-lenticulaire du tératome.

Le tératome lui-même était composé de tissus les plus variés. — On y retrouve des organes ou des rudiments d'organes. — Des fibres musculaires, du tissu muqueux ; des glandes acineuses, du tissu cartilagineux, un os complet, — des vaisseaux.

MM. Broca, Reclus, Berger, ont eu l'occasion de voir chacun un tératome intra-lenticulaire.

Suture osseuse par luxation de l'extrémité externe de la clavicule. — M. Reynier. Il s'agissait d'une luxation sus-épineuse, qui donnait l'apparence trompeuse d'une luxation de l'épaule. Par des tractions on pouvait réduire, mais tout se reproduisait, dès qu'on lâchait l'épaule. Les mêmes choses s'étaient produites dans les cas publiés par moi en 1877. Je fis alors la suture et constatai que la réduction était rendue impossible par la présence d'un faisceau musculaire interposé entre la clavicule et l'acromion. Actuellement le malade est parfaitement guéri et tous les mouvements sont revenus.

Ostéoarthrite tuberculeuse du poignet chez un enfant. Conservation. Traitement par les rayons X et la compression. Guérison. — Présentation du malade, par M. Kirmisson.

Pylorectomie pour cancer de l'estomac. Guérison. — Présentation de la malade par M. Ricard.

Élections. — Au cours de la séance, la Société procède à l'élection de deux membres associés étrangers et quatre correspondants étrangers.

Sont nommés membres associés : MM. Annandale (de Londres), Julliard (de Genève).

Membres correspondants : MM. Brun, Levchène, Girard, Bobroff.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Exercice illégal de la médecine par une sage-femme.

« Au tribunal correctionnel des Sables (Vendée), le 10 novembre 1897, l'audience a débuté par une affaire sensationnelle. La nommée X..., âgée de 44 ans, sage femme, était poursuivie pour exercice illégal de la médecine et de la pharmacie. Quinze témoins avaient été assignés par le ministère public, tous habitants de la commune, venant raconter à l'audience comment ils ont été soignés, eux et leur famille, par la prévenue.

La veuve R..., cultivatrice, a appelé plusieurs fois la sage-femme pour soigner son fils atteint d'une hernie étranglée. L'inculpée ne reconnut pas la gravité du mal dont l'enfant R... était atteint. Après lui avoir appliqué un simple bandage, elle lui dit : « Tu peux aller faucher, maintenant, Pierre. » Mais l'état du jeune homme empira rapidement et, au bout de trois jours, le malheureux enfant mourait au milieu des plus cruelles souffrances.

L..., 26 ans, domestique, souffrait depuis plusieurs semaines d'un panaris au doigt. Le Dr R... fut appelé en même temps que la sage-femme. Cette dernière osa lui offrir même un bistouri qu'elle possédait, pour inciser le doigt malade ; mais notre confrère répondit qu'il avait toujours le sien sur lui. Après le départ du docteur, l'inculpée

examina une petite fille de la maison qui se trouvait atteinte d'un abcès sous l'aisselle. Elle perça alors l'abcès au risque de tuer l'enfant, car, de l'avis des médecins, le cas était fort grave et exigeait des connaissances spéciales.

M..., 29 ans, cultivateur, et R..., 27 ans, cultivatrice, son épouse, ont eu recours à la femme X... pour soigner leur enfant âgé de 6 ou 7 mois. L'inculpée fit placer sur la figure du petit être un cataplasme de farine de graine de lin : le lendemain, l'enfant était trouvé mort dans son berceau. « Si j'avais su que mon petit était si mal, a déclaré le père à l'audience, je me serais empressé d'aller chercher un médecin. »

La prévenue s'est avancée à la barre. Après avoir décliné ses nom, prénoms et qualité, la femme X... a expliqué au tribunal qu'elle n'a jamais exercé la médecine ! « Je me suis contentée, dit-elle, de donner des conseils. Chaque fois qu'un malade me paraissait sérieusement atteint, je m'empressais d'inviter les parents à faire venir un médecin. »

M. le procureur de la République a prononcé un réquisitoire très sévère pour l'inculpée. Il a montré la femme X... se livrant journellement à l'exercice illégal de la médecine.

« Si l'enfant R... et si l'enfant M... sont morts, déclare M. le procureur, c'est la femme X... qui en est cause. Les parents, en effet, avaient une entière confiance en elle, aussi ont-ils eu l'imprudence de ne pas faire venir de médecins. » En terminant, M. le procureur a réclamé une peine sévère pour la prévenue. Le tribunal s'est retiré alors pour délibérer. Au bout d'une demi-heure, l'audience est reprise et, à la stupéfaction générale, la femme X... a été acquittée purement et simplement.

Nous apprenons que M. le procureur de la République vient de faire appel de ce jugement extraordinaire. ».

(*Progrès médical*).

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — Prix Jeunesse (hygiène). — Le prix est partagé de la manière suivante :

600 francs à MM. Burot et Legrand (Les troupes coloniales, statistique de la mortalité) ;

300 francs à M. Commenge (La prostitution clandestine) ;

300 francs à M. Drujon (Rapport général sur les travaux du Conseil d'hygiène publique) ;

300 francs à M. Bourges (L'hygiène du syphilitique).

Prix Jeunesse (histologie). — M. Segall (Sur les anneaux intercalaires des tubes nerveux par imprégation d'argent).

Prix Saintour. — M. Lavrand, à Lille (La néphrite chez les saturnins).

Prix Chataüvillard (2.000 fr.). — M. Corlieu (Le centenaire de la Faculté).

Prix Barbier. — Le prix n'est pas attribué ; mais les sommes suivantes sont attribuées : 500 francs à M. Marage (Cornet acoustique) ; 500 francs à M. Péraire (Table d'opération) ; 500 fr. à M. Mendel (Rhinomètre).

Prix Corvisart. — M. Raoul Fouineau.

Thèses récompensées : *Médailles d'argent.* — MM. Bensaude, Brouardel, Claude, Le Goff, Marson, Mayet, Mermet, Meunier, Moussu, Paquy, A. Thomas.

Médailles de bronze : M. Antheaume, Appert, Athias, Beaussenat, Bodin, Bordas, Mlles Chauliaguet, Dubois, Escat, Gasne, Gros, Ingelrans, Jeanne, Kalin, Kœnig, Lévy, Marie, Vidal.

Mentions : MM. Audiau, Mlle Bunsignorio, Cazal, Choyau, Contejean, Derocque, Dimitresco, Ehrmann, Fosses Hermary, Jacovidès, Larieu, Latruffe Laurens, Lebas, Le Meignen, Manheimer, Marinesco, Ch. Martin, O'Followel, Pompilian, Prédal. Sicard. Tarrassévitch, J. Thomas, Tissot, Varet.

Distinctions universitaires. — Par divers arrêtés ministériels sont nommés :

1° Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Chambellan, médecin de la Société amicale et de prévoyance de la Préfecture de Police ; Lestage, conseiller général, maire de Poyanne (Landes), délégué cantonal ; Mme Pilliet, professeur à l'Association des Dames françaises.

2° Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Antheaume, chef de clinique des maladies mentales, à la Faculté ; Dagonet, médecin adjoint à l'asile Saint Anne ; Deblenne, médecin de première classe de la marine, détaché à la mission lyonnaise d'exploration en Chine ; Druillet, adjoint au maire de Cazaubon (Gers), délégué cantonal ; Dubost professeur à l'Association des Dames françaises ; du Breuil, médecin chef honoraire des hôpitaux de Rouen ; Loubrieu, médecin de la Société amicale et de prévoyance de la Préfecture de police ; Panel, directeur du bureau municipal d'hygiène, chirurgien adjoint à l'hôpital départemental ophtalmique à Rouen ; Puyo, maire de Grenade-sur-l'Adour (Landes), délégué cantonal ; Thominet, médecin inspecteur des écoles du XIXe arrondissement de Paris.

M. Blancard, pharmacien, à Paris.

Hôpitaux de Paris. — Concours pour trois places de médecin. — Ce Concours sera ouvert le lundi 7 mars 1898, à midi, à l'Administration centrale, avenue Victoria, 3.

MM. les Docteurs en médecine qui voudront concourir se feront inscrire au Secrétariat général de l'Administration de l'Assistance publique, de midi à trois heures, et y déposeront leurs titres.

Le registre d'inscription des Candidats sera ouvert le lundi 7 février 1898, et sera clos définitivement le samedi 19 du même mois, à trois heures.

Concours pour deux places de chirurgien. — Ce concours sera ouvert le jeudi 17 mars 1898, à midi, à l'Administration centrale, avenue Victoria, 3.

Messieurs les Docteurs qui voudront concourir se feront inscrire au secrétariat général de l'Administration de l'Assistance publique, de midi à 3 heures, et y déposeront leurs titres.

Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le lundi 14 février, et sera clos définitivement le samedi 26 du même mois, à 3 heures.

Concours spécial pour la place de médecin résident a l'hospice de Brévannes (Seine-et-Oise). — Ce concours sera ouvert le lundi 4 avril 1898, à midi, dans l'amphithéâtre de l'Administration centrale, avenue Victoria, 3.

Le registre d'inscription sera ouvert au secrétariat général de l'Administration, depuis le lundi 7 mars jusqu'au samedi 19 du même mois inclusivement, de 11 heures à 3 heures.

Concours pour la place de sous-chef des laboratoires de la pharmacie centrale. — Un concours pour la nomination à la place de sous chef des Laboratoires de la pharmacie centrale des hôpitaux et hospices civils de Paris, sera ouvert le mercredi 20 avril 1898, à midi, dans l'amphithéâtre de l'Administration générale de l'Assistance publique, avenue Victoria, 3.

Les personnes qui voudront concourir devront se faire inscrire au secrétariat général de l'Administration, depuis le lundi 21 mars jusqu'au samedi 2 avril inclusivement, de 11 à 3 heures.

Corps de santé militaire. — Par décision ministérielle, en date du 27 janvier 1898, M. Driout, médecin principal de première classe, directeur du service de santé du 7e corps d'armée, est promu au grade de médecin-inspecteur dans le cadre du corps de santé militaire, en remplacement de M. le médecin-inspecteur Debaussaux, récemment placé dans la section de réserve.

— Par décision ministérielle, en date du 27 janvier 1898, M. le médecin-inspecteur Driout, promu par décret du même jour, est maintenu dans son emploi de directeur du service de santé du 7e corps d'armée, à Besançon.

Corps de santé de la marine. — Par décision ministérielle, en date du 26 janvier 1898, ont été nommés :

A l'emploi de médecin auxiliaire de deuxième classe : MM. les élèves de l'École du service de santé Savignac, Pujol, Dardenne et Fargier, affectés à Toulon ; Creignou, maintenu à Bordeaux ; Westermann, Delaune et Sautarel, affectés à Toulon.

Ecole de médecine navale de Toulon. — Par décision ministérielle, en date du 22 janvier 1898, un concours pour l'emploi de prosecteur d'anatomie sera ouvert au port de Toulon, le lundi 21 mars 1898, en vue du remplacement de M. le médecin de deuxième classe Crozet, titulaire de ce poste.

Le jury de ce concours sera composé de M. le directeur du service de santé de la marine Merlin, président, et de MM. le médecin principal Boutin, professeur de petite chirurgie, et le médecin de première classe Bousquet, professeur d'anatomie à Toulon, membres.

Association générale des médecins de France. — L'Assemblée générale annuelle de la Société Centrale aura lieu Dimanche prochain 6 février, à 2 heures très précises, dans l'Amphithéâtre de l'Assistance Publique, 3, avenue Victoria.

Ordre du Jour. — Allocution du Président, M. Bucquoy. — Rapport du Secrétaire, M. G. Thibierge. — Compte rendu du Trésorier. — Ratification des admissions faites dans l'année. — Election de dix membres de la Commission Administrative en remplacement des membres sortants.

Société médicale du Louvre (1er et 2e arrondissements). — Voici la composition du bureau pour l'année 1898 :

Président : M. Moutier. — *Vice-Président* : M. Suss. — *Secrétaire général* : M. Sebillotte. — *Secrétaires des séances* : M. Beausse et M. G. Didsbury. — *Trésorier* : M. Bretonneau.

British Gynecological Society. — M. le Dr Macnaughton Jones, dont nous avons analysé plusieurs fois les travaux dans ce journal, a été élu président de la Société gynécologique de Londres pour l'année 1898.

Société de Médecine et de Chirurgie pratiques. — Dans sa dernière séance, la Société a décerné pour la première fois le prix Alfred Guillon à M. le Dr Flœrsheim, ancien Interne des hôpitaux. Ce prix d'une valeur de 200 fr. est destiné à récompenser le meilleur ouvrage relatif à une question de thérapeutique des voies urinaires.

L'éloge du Dr Alfred Guillon, ancien membre de la Société de médecine et de chirurgie pratiques, a été prononcé par le Dr Dignat, secrétaire général et la séance s'est terminée par une conférence inédite du Dr Bardet sur les divers transformateurs destinés à la production des rayons X.

Association médicale du département de la Seine. — L'Association médicale mutuelle alloue à ses membres participants, en cas d'incapacité absolue de travail, une indemnité quotidienne de dix francs quelle que soit la maladie.

Depuis sa fondation (1886, elle a payé plus de cent mille francs de journées de maladie, sans empêcher l'accumulation d'importantes réserves, qui s'élèvent aujourd'hui (27 novembre 1897), à la somme de 218.429 francs.

Sa situation est donc très prospère ; elle compte actuellement 400 membres.

Pour en faire partie, il faut avoir moins de 40 ans, être français, exerces la médecine dans le département de la Seine, subir un examen médical et payer une cotisation de « dix francs par mois », avec un droit d'entrée de un franc par année d'âge

Pour tous renseignements, s'adresser à MM. Descoust, président, rue Etienne-Marcel, 37 ; Signez, secrétaire-général, boulevard Voltaire, 123 ; Fissiaux, trésorier, rue Martel, 10.

Nécrologie. — Le Dr Péan, chirurgien honoraire des hôpitaux, membre de l'Académie de médecine, est décédé le 30 janvier à l'âge de 67 ans. Très discuté pendant sa vie, particulièrement au point de vue de ses rapports avec les confrères et de la dichotomie qu'il paraît avoir sinon inventée du moins mise en grande faveur, Péan n'en sera pas moins considéré comme un vrai et grand chirurgien. Il avait bien le tempérament du chirurgien, l'audace et le sang-froid nécessaires pour concevoir et mener à bien les opérations les plus effrayantes de prime abord. Il a tracé dans toutes les régions de la médecine opératoire et en particulier de la gynécologie un sillon profond. Dans le remous continuel auquel sont exposées actuellement toutes les parties de la médecine, ce sillon ne persistera peut-être pas longtemps, mais Péan conservera toujours la gloire d'avoir été un précurseur et l'un de ceux qui ont fait faire à la chirurgie contemporaine les plus grands progrès. — Le Dr Caroze, de Fourmies (Nord). — Le Dr Joseph Gérard, de Paris, vient de mourir à l'âge de 63 ans. Nous avons connu Gérard en 1872 à l'hôpital des cliniques ; c'était un ancien cent-gardes auquel la chute de l'empire avait créé des loisirs et qui, dans le service de Broca, était très apprécié pour la conscience qu'il mettait à fabriquer les appareils plâtrés. Il prenait alors des inscriptions pour être officier de santé, inscriptions qu'il a converties plus tard en inscriptions du doctorat. Il fit quelque bruit il y a une dizaine d'années lorsque la Faculté refusa sa thèse sur la fécondation artificielle.

PHOTO-REVUE REVUE Photograph.
Envoie à toute demande 2 Nos Gratis
CHARLES MENDEL, 118, Rue d'Assas, Paris.

DYSPEPSIES. — *Vin de Chassaing.* — Pepsine et Diastase.
ALIMENT DES ENFANTS. — Phosphatine Falières.
CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.
NEUROSINE PRUNIER. — Phosphoglycérate de chaux pur.
LYMPHATISME, SCROFULE, RACHITISME : Fucoglycine Gressy.

PILULES DE QUASSINE FREMINT
Anorexie. Dyspepsie, Constipation, 1 ou 2 av. chaque repas

OBÉSITÉ : Capsules de corps thyroïde Vigier. — *Dose* : 2 à 6 par jour.

Le Gérant : A. Chevallereau.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame, 52. — *Téléphone.*